

<p>▶ ARABAKO FORU ALDUNDIA</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">  <p><b>Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea Instituto Foral De Bienestar Social</b></p> </div> <p>▶ DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA www.araba.eus/ifbs/</p>	<div style="text-align: right;"> <h1 style="margin: 0;">022</h1> </div> <h2 style="margin: 0;">Datos complementarios específicos relativos a la solicitud de la Prestación Económica de Asistencia Personal</h2> <hr style="border: 5px solid black; margin: 10px 0;"/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <p style="text-align: right; font-size: small;">A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL INSTITUTO FORAL DE BIENESTAR SOCIAL</p> </div>
---	--

### 1. Datos de la persona solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIF • NIE • Otro		

### 2. Actividades para las que se solicita contar con una persona cuidadora profesional (objeto del contrato):

Actividad educativa (especificar)	Actividad laboral (especificar)	Otras actividades (especificar)

### 3. Situación económica a efectos de deducción

3.1. Pensión de Gran Invalidez    Sí     No

3.2. Pensión no contributiva de invalidez con complemento por necesidad de otra persona    Sí     No

3.3. Subsidio por ayuda de tercera persona de la LISMI    Sí     No

3.4. Asignación económica por hija o hijo a cargo con complemento por necesidad de otra persona    Sí     No

En caso afirmativo: Ingresos brutos anuales por dicho concepto

### 4. Datos de la persona asistente personal

Indicar si es Persona física o Empresa	Nombre de la empresa y CIF		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
Fecha de Nacimiento (día, mes y año)	Sexo	Nacionalidad	DNI/NIF • NIE • Otro
	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Nivel formativo (especificar tipo)	Nº Seguridad Social del de/la asistente personal		

### 5. Modalidad de contrato (marcar lo que proceda)

Contrato laboral con una entidad privada

Contrato laboral con la persona titular de la prestación económica

Contrato de prestación de servicios con la persona titular de la prestación económica

**6. Tipo de contrato:**

A tiempo completo	A tiempo parcial	Nº horas semana	Fecha de inicio contrato	Salario mensual (euros)	Nº de pagas año:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7. COMPROMISOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

- Declaro tener capacidad para determinar los servicios que requiero, ejercer su control e impartir personalmente instrucciones al o a la asistente personal acerca de cómo llevarlos a cabo, o actuar, a estos efectos, a través de Representante legal o Guardador/a de hecho.
- Declaro estar desarrollando actividades dentro del ámbito educativo y/o laboral, para las que requiero apoyo y/o que requiero apoyo para desarrollar las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.
- Me comprometo a destinar la prestación económica a la contratación de un o de una asistente personal que reúna los requisitos previstos en esta normativa.
- Acredito que la persona contratada reúne las condiciones de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que correspondan.
- Me responsabilizo a no contratar como asistente personal a ningún familiar hasta tercer grado de parentesco.

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud.  
 Que autorizo a que se realicen las verificaciones y las consultas a ficheros públicos necesarias para acreditar los datos declarados con los que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas competentes.  
 Que quedo enterado/a de la obligación de comunicar al Instituto Foral de Bienestar Social cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo que afecte a esta solicitud, en el plazo de 15 días naturales desde que se produzca.

En  a  de  de 20

Firma de la persona solicitante

Firma de la persona Representante legal \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

Firma del Guardador/a de hecho \*

Indicar nombre, apellidos y D.N.I. con letra legible

\* Causa por la que no puede firmar la persona solicitante.....

---

Con la firma del presente documento la persona arriba firmante manifiesta estar informada y facilitar el consentimiento que se menciona en el **Aviso Legal LOPD** (Anexo 012) para el tratamiento de sus datos de carácter personal por parte del Instituto Foral de Bienestar Social.  
 Así mismo, autoriza al Instituto Foral de Bienestar Social, Organismo Autónomo adscrito al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava para realizar las intervenciones técnicas necesarias en domicilio, a fin de comprobar el cumplimiento de requisitos y realizar el seguimiento preciso de la idoneidad de esta prestación.  
 La falsedad de los datos proporcionados, así como la obtención o disfrute fraudulento de prestaciones puede ser constitutivo de sanción (Título III de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre).